|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DENOMINAZIONE SOCIETA SPORTIVA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **AUTODICHIARAZIONE - SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONE VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2 PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI**   |  | | --- | | NOME e COGNOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   VISITA DI IDONEITÀ AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITÀ AGONISTICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?**   |  |  | | --- | --- | | Febbre >37,5° SI ▢ NO ▢ | Tosse SI ▢ NO ▢ |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Stanchezza | SI ▢ NO ▢ | Mal di gola | SI ▢ NO ▢ | Mal di testa | SI ▢ NO ▢ | | Dolori muscolari | SI ▢ NO ▢ | Congestione nasale | SI ▢ NO ▢ | Nausea | SI ▢ NO ▢ | | Vomito | SI ▢ NO ▢ | Perdita di olfatto e gusto | SI ▢ NO ▢ | Congiuntivite | SI ▢ NO ▢ |   **NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO**  Contatti con casi accertati COVID-19 (tampone positivo) SI ▢ NO ▢  Contatti con casi sospetti SI ▢ NO ▢  Contatti con familiari di casi sospetti SI ▢ NO ▢  Conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI ▢ NO ▢  Contatti con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI ▢ NO ▢  Proviene da un viaggio all’estero SI ▢ NO ▢  Frequenta ambienti sanitari con casi accertati/sospetti SI ▢ NO ▢  Se si dove: Provincia Regione Italia Estero SI ▢ NO ▢  ▢ Io sottoscritto/a come sopra identificato/a, attesto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all’interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività agonistiche.  ▢ Autorizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.   |  |  | | --- | --- | | Data | Firma | |
| **DENOMINAZIONE SOCIETA SPORTIVA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **AUTODICHIARAZIONE - SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONE VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2 PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI**   |  | | --- | | I SOTTOSCRITTI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GENITORI/TUTORI LEGALI DI  NOME e COGNOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   VISITA DI IDONEITÀ AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITÀ AGONISTICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?**   |  |  | | --- | --- | | Febbre >37,5° SI ▢ NO ▢ | Tosse SI ▢ NO ▢ |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Stanchezza | SI ▢ NO ▢ | Mal di gola | SI ▢ NO ▢ | Mal di testa | SI ▢ NO ▢ | | Dolori muscolari | SI ▢ NO ▢ | Congestione nasale | SI ▢ NO ▢ | Nausea | SI ▢ NO ▢ | | Vomito | SI ▢ NO ▢ | Perdita di olfatto e gusto | SI ▢ NO ▢ | Congiuntivite | SI ▢ NO ▢ |   **NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO**  Contatti con casi accertati COVID-19 (tampone positivo) SI ▢ NO ▢  Contatti con casi sospetti SI ▢ NO ▢  Contatti con familiari di casi sospetti SI ▢ NO ▢  Conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI ▢ NO ▢  Contatti con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI ▢ NO ▢  Proviene da un viaggio all’estero SI ▢ NO ▢  Frequenta ambienti sanitari con casi accertati/sospetti SI ▢ NO ▢  Se si dove: Provincia Regione Italia Estero SI ▢ NO ▢  ▢ Io sottoscritto/a come sopra identificato/a, attesto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all’interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività agonistiche.  ▢ Autorizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.   |  |  | | --- | --- | | Data | Firma | |